

## PLAN HISTORIAL DE SALUD Y CUIDADO DE EMERGENCIA (Health History and Emergency Care Plan)

**Uso del Formulario:** Este formulario es requerido para las guarderías en casa y en grupo que cumplen con HFS 45.04(6)(a)1., 45.07(6)(L)5., 46.07(6)(k)5., y 46.04(6)(a)6. del Wisconsin Administrative Code. La falta a cumplir podría resultar en la emisión de una declaración por incumplimiento. Este formulario puede ser usado también por campamentos por el día (day camps) para asegurar el cumplimiento con HFS 55.44(6)(g). La información de identificación personal reunida en este formulario será usada solamente para verificar el cumplimiento con las reglas de licencia.

**Instrucciones:** El padre/madre o guardián debe completar este formulario para ser guardado en el archivo del niño previo al primer día de asistencia del niño. Un repaso periódico por los padres/ guardianes y el personal es recomendado. La información contenida en este formulario debe ser compartida con cualquier persona que cuida del niño.

### INFORMACION DEL NIÑO

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial)	Dirección – Casa (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	
Teléfono	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Fecha – Primer Día de Asistencia (mes/día/año)

### INFORMACION DEL PADRE/MADRE O GUARDIAN Provea información sobre donde se pueden localizar los padres/guardianes mientras el niño esté siendo cuidado.

Nombre	Teléfono - Casa	Teléfono - Trabajo	Teléfono – Celular
Nombre	Teléfono - Casa	Teléfono - Trabajo	Teléfono – Celular

### INFORMATION DEL MEDICO O FACILIDAD MEDICA

Nombre – Médico	Dirección – Facilidad Médica	Teléfono
-----------------	------------------------------	----------

1. Marque cualquier condición especial que pueda tener su niño.

- Ninguna condición médica específica
- Asma       Diabetes       Epilepsia / problema de ataque       Problemas gastrointestinales y de comida incluyendo dietas especiales y suplementos
- Perlesía cerebral / Problema de Coordinación       Problema de conducta/emocional incluyendo ADD o ADHD
- Otra(s) condición(es) que requiere cuidados especiales – Especifique.
- Alergias de comidas – Especifique el alimento(s).
- Alergias que no vienen de comidas – Especifique.

2. Qué puede provocar problemas – Especifique:

3. Señales o síntomas que deben vigilar – Especifique.

---

4. Pasos que el proveedor de cuidado debe seguir. Si son necesarios medicamentos, se deberá incluir con este formulario, una copia del CFS-59, Authorization to Administer Medication. (Nota: Guarderías en Grupo y Campamentos por el día pueden usar sus propios formularios). Indique miembros del personal que hayan recibido entrenamiento / instrucciones especializados para ayudar a tratar síntomas.

- a.
- b.
- c.

---

5. Cuándo llamar a los padres con referencia a síntomas o la falta de responder al tratamiento.

---

6. Cuándo considerar si la condición requiere cuidado médico de emergencia o una reexaminación.

---

7. Información adicional que podría ser de ayuda para el proveedor de cuidado del niño.

---

**FIRMA** – Padre / Madre o Guardián

Fecha de la Firma

**Fechas del Repaso:** \_\_\_\_\_